

DESAFÍOS DE LA BIOÉTICA Y LA LAICIDAD: AVATARES ENTRE ÉTICA Y DIVERSIDAD

Daniel GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ
Marcia MOCELLIN RAYMUNDO

SUMARIO: I. *Ética y diversidad. A manera de introducción.* II. *Apun-
tamientos sobre laicidad y bioética: nuevos retos en el marco de la diversidad.*
III. *Bioética, salud pública y laicidad.* IV. *Bioética, diversidad y laicidad.*
V. *A modo de conclusión.* VI. *Bibliografía.*

I. ÉTICA Y DIVERSIDAD. A MANERA DE INTRODUCCIÓN

La bioética en la actualidad ha retomado interés en el mundo académico, político y social debido a su estrecho vínculo con políticas públicas en los ámbitos de la salud y el medio ambiente, al tiempo que se ha consolidado como disciplina “puente” entre ciencias y humanidades.¹ Ha tomado relevancia, asimismo, por el aspecto vinculante que ha mostrado con la salud, la medicina, el manejo del cuerpo, la naturaleza, el trato de animales y el entorno natural en el marco de la reconsideración de la importancia de las creencias, las cosmovisiones y los valores diferenciados actuando y actuantes en sociedad. Por ello, las consideraciones actuales en torno a la diversidad en el mundo, en todos los ámbitos de la vida natural y social, impulsan necesariamente a trabajar en la consolidación de puentes analíticos entre vida, diversidad y cultura, así como su aplicación pertinente en el ámbito de la bioética.

Salvo algunos casos específicos,² las formas de abordar y aplicar los principios de la bioética se ven todavía limitadas y concentradas a tradi-

¹ Es claro que se trata de retomar la noción de Potter de Potter, Van Rensselaer, *Bio-ethics: Bridge to the Future*, Nueva Jersey, Prentice-Hall, 1971.

² Sobre estas afirmaciones, El Colegio de Bioética en México representa una de las instituciones laicas que más ha trabajado en incluir e integrar “políticas laicas” en la bioética.

ciones filosóficas, políticas, y/o culturales muy específicas de contextos geográficos e históricos particulares, que terminan por reflejarse en decisiones políticas y sociales —que por lo contrario éstas son más amplias y diversificadas—, y por ende a favorecer mayormente a ciertas morales de vida, reglas de comportamiento y organizaciones sociales. En otras palabras, si bien se ha tomado conciencia de: a) la pluralidad de éticas de vida (bioéticas) existentes en el mundo de hoy y su necesidad de respetarlas y reconocerlas (multiculturalismo); de b) separar visiones morales religiosas de las decisiones éticas de vida sobre cuerpos sociales y naturales (laicidad), así como de concientizar c) la accesibilidad justa y buena distribución económica, política y normativa en el seno de las naciones y sociedades (derechos humanos-isunaturalistas);³ la bioética todavía se mantiene en lo concreto y en su aplicación, fundada sobre raíces culturales y principios filosóficos característicos de ciertas culturas, geografías e historias, que remiten a ideologías individualistas, medicalizantes, funcionalistas, cientistas y liberalistas, que si bien han mostrado su pertinencia para la convivencia pacífica entre grupos humanos desde la consideración del individuo, también encuentran sus desafíos cuando se busca converger colectivamente, en su aplicación, con las esferas ética, científica, teórica, técnica y cultural. ¿Cómo valorar la bioética cuando los partos continúan siendo horizontales en su mayoría, favoreciendo a los médicos y no a los dadores de vida (bioética funcionalista)?; ¿cómo apreciar los avances de la disciplina cuando las formas curativas alternativas, periféricas, naturistas siguen siendo marginales en los centros de salud, clínicas y hospitales (bioética cientista)?; ¿cómo justificar acciones en el medio ambiente cuando las visiones sobre el entorno animal y natural están aún preñadas de antropocentrismos (individualizantes)?; ¿cómo sopesar la bioética cuando las formas de sanación y síntomas de los pacientes se remiten sistemáticamente a la medicina alópata a base de medicamentos, hospitalizaciones, cirugías y exámenes de laboratorio (medicalizada)?; ¿cómo analizar las decisiones en torno al cuerpo cuando sólo se remiten al valor de la elección, derecho y decisión individuales regidas a la oferta del mercado farmacéutico (liberalistas)? Son todas ellas preguntas que revelan los desafíos aún por paliar en la disciplina bioética, que a pesar de buscar estar basada en valores humanos y de los seres vivos no escapa a predominantes intereses culturalizados e ideologizados.

³ Para una reflexión en torno al multiculturalismo, la laicidad y los derechos humanos, véase el texto de Gutiérrez-Martínez, Daniel, *Laicidad y multiculturalismo*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2013, Colección de Cuadernos Jorge Carpizo. Para entender y pensar la laicidad, núm. 19.

1. *La individualización de la bioética*

En efecto, la misma bioética ha pasado a entender al ser humano como una entidad separada de la comunidad de seres vivos y de la naturaleza, y no se vislumbra la ética de forma integral, holista e incluyente, donde las personas y los seres vivos se vean considerados en un entorno y en un medio ambiente colectivos. Es decir, no hay visión antropológica de la persona en tanto que ser vivo en un entorno natural, que no se encuentra aislado de los demás, y sin la consideración mayor de las emociones que le abarcan. Se privilegia la visión cientista del individuo, es decir, racionalista, donde todo tiene una causa, un efecto y una razón de ser medible y explicable, donde el análisis y consideración es por casos aislados, y muchas veces separados de una visión global del ser humano en sociedad. Por ello, habría que reforzar la idea de reflexionar en torno a una bioética que considere puntos mínimos en común (ética) que se puedan encontrar con respecto a la visión de vida, aceptando que toda decisión y significados de vida social pasa por este intercambio en la diversidad. Los casos de los testigos de Jehová son emblemáticos al respecto, pues al rehusar la transfusión de sangre para salvar su cuerpo físico, los dilemas se presentan de manera pronunciada con la comunidad médica. Sea que se respete la decisión de no hacer transfusiones de sangre, aunque con ello no se salve a toda costa la vida de la persona (principio hipocrático), sea que por lo contrario se fuerce a su aplicación atentando a la dignidad cultural de la persona. En otros casos la situación es más bien confusa al respetar la decisión de los creyentes sobre la vida de un menor de edad al cual se le aplica el deseo de los tutores de no transferirle la sangre que necesita, atentando a su vida y decisión individuales, bajo el pretexto del respeto cultural del grupo. El problema es que para menores de edad, el respeto de los principios o creencias culturales del grupo no se puede aplicar por encima de la decisión de la persona. Aquí, la valoración una vez más se remite a un individuo que decide, y no a consideraciones culturales, en este caso seculares, que no sólo tiene que ver con la religión, sino con principios de sociedad.

2. *Medicalización bioética de la salud*

Si tomamos como caso la esfera de la salud, la bioética se ha cimentado más, en las últimas décadas, sobre una visión medicalizada de tipo hipocrática que sobre una visión de pluralidad curativa. Es decir, se apoya más sobre una estrecha aproximación con carácter médico-nosocomial funda-

mentada en la definición de individuos-pacientes, que sobre características de sanación diversificada donde se definen a personas-padecientes. El intercambio de saberes curativos y terapéuticos se da de manera muy endeble en los centros, en las clínicas y en los hospitales de salud. Las decisiones médicas se refieren la mayoría de las veces al conocimiento de la ciencia médica, que se basa en síntomas del cuerpo, y por ende en la aplicación de medicamentos para contrarrestarlo. La visión terapéutica, con la utilización de diversos métodos de sanación, queda particularmente en manos del mismo padeciente, y menos del aparato médico en general. En algunos hospitales llamados de las culturales o interculturales, el intercambio de saberes curativos entre ciencias médicas y saberes alternativos es muy escaso, a pesar de que sea una puerta de vidrio la que los separe entre instalaciones médicas y tradicionales establecidas en aquellos hospitales.⁴ Para el caso del parto, por lo general, existe una visión poco humana para el tratamiento de los involucrados, remitiendo todo a la decisión del médico, y menos a la comprensión de los estados anímicos de la persona.⁵

Es claro que aquí lo importante es el médico, el síntoma y la enfermedad, y no el enfermo y su manera de enfermarse: los padecimientos (emociones) y el entorno que le aborda a la persona. Las tomas de decisión resultan de una visión que no da cuenta de una ética (puntos de vida en común) que abarca a todos los seres vivos, sino de una aplicación moral, incluso de tipo secular, beneficiando el cientismo hospitalario. El enfoque caso a caso que se percibe actualmente en la bioética favorece la fragmentación de la ética de la vida, contribuye a la individualización de la ética misma y a su moralización. Estamos hablando de la *taxonimización* y *medicalización* de la ética de la vida aplicada al manejo del cuerpo, de la salud, y ello impuesto a todas las diferentes visiones del mundo existentes. De este modo, se han visto desvirtuados en cierta medida los mismos objetivos de inicio que fundaron la bioética, que tienen que ver con la posibilidad de brindar a cada quien la consideración de afectación de la salud y del cuerpo humano, de la flora y fauna en general, teniendo en cuenta sus estados o sentimientos de pertenencia colectivos y sus emociones colectivas y del entorno.

⁴ Para un ejemplo de casos de testigos de Jehová o de la falta de intercambio de saberes entre medicina y salud alternativa revisese el caso del hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

⁵ Para un caso de este tipo, véase Possamai-Inesedy, Alphaia, “El silencio de la espiritualidad en la sociología del parto: inquietudes epistémicas y metodológicas”, en Gutiérrez-Martínez, Daniel y Felitti, Karina (coords.), *Diversidad, sexualidades y creencias. Derechos y cuerpo en el mundo contemporáneo*, México-Argentina, El Colegio Mexiquense-Prometeo Editorial, 2015, pp. 77-107.

3. *Funcionalismo e institucionalización de la bioética*

En ese mismo sentido, el funcionalismo que ha predominado con la bioética como disciplina termina por colaborar en su aislamiento con otros campos del saber, lo cual se contrapone con el objetivo inicial, que es el de comunicar no sólo entre ciencias médicas y saberes curativos, sino entre consideraciones antropológicas, sociológicas y culturales en la toma de decisiones sobre el cuerpo de las personas y los seres vivos. Desde las primeras veces en que aparece la palabra *bioética*, ésta siempre estuvo vinculada con la vida social y natural en general, más allá del ser humano, ir más allá del antropocentrismo andante. Fue así con Fritz Jahr en 1927, que en su artículo de la revista *Kosmos* habla de una obligación ética no sólo para con los seres humanos, sino para con todos los seres vivientes. Más adelante, del mismo modo, fue con Potter, en los años de 1970, cuando se empezó a hablar de una bioética amplia, incluyendo mucho más que al ser humano, y considerando dicha disciplina como el puente entre la ciencia y las humanidades.

Estas propuestas, a pesar de seguir conteniendo en cierta medida algo de etnocentrismo y antropomorfismo, tuvieron la virtud de ir más allá de una simple visión médica aplicada a las cuestiones vinculadas con la salud de los seres humanos y las consecuencias que traía el avance tecnológico. Se propuso a la bioética como la disciplina que fuera ese puente entre ciencias humanas y ciencias de la vida, buscando la armonización de lo particular, lo universal y lo individual, centrando el enfoque de las humanidades en este puente. Si ha habido alguna problemática a la que se enfrentan las relaciones culturales entre grupos, personas e instituciones, es cómo armonizar lo universal con lo particular. Éste es el eje clave de toda relación y decisión entre respeto y aplicación de los derechos de las personas y la armonización de la sociedad en su convivencia.

Las teorías que en general se utilizan en la bioética actual se presentan la mayoría de las veces como posibilidades de acomodos de situaciones y casos específicos, desde una vertiente causalista, sin fortalecer la posibilidad de presentar una manera ética en el abordaje de los casos que se presentan, desde el diálogo de todas las entidades involucradas, como si los valores y reglas establecidas desde la ciencia médica fueran universales, o en todo caso dieran el mismo significado social de la personas. Lo anterior es resultado de visiones muy particularizadas, que muchas veces se imponen a la visión de uno o varios grupos que comparten el espacio de decisión y convivencia.

4. *Cientifización de la bioética*

Paralelamente, hay una tendencia a la cientifización de los juicios de valor, así como a la clasificación y cuantificación de los temas de la salud. La visión *cientificista* se impone muchas veces frente a la ética de la vida, al imponer un deber ser, que muchas veces sólo refleja una única visión de la ciencia, centrada en las enfermedades de los pacientes, y no en la vida en sí misma. En el análisis a través de la agregación de individuos por medio de cifras, poco se acompaña por entendimiento cualitativo sobre los significados que tienen las personas sobre hechos, valores, sucesos que acontecen. Falta una bioética de calidad, para paliar la bioética de cantidad.

5. *Liberalismo bioético*

Finalmente, la bioética, tal y como es concebida en la actualidad, se ve impregnada en demasía por prácticas y enseñanzas vertientes de una tradición de pensamiento liberalista, que si bien ha permitido una defensa del contexto individual de un ser humano (los derechos sexuales y reproductivos, por ejemplo), ha limitado el análisis holista y comunalista de las relaciones humanas. Dicha tradición de pensamiento se puede observar de manera sustentable con los presupuestos hipocráticos que predominan los principios de la ciencia médica, que se han construido como universalistas e incuestionables. A lo anterior se agrega el hecho de que algunas opiniones, visiones y formas de concebir el manejo de la vida, de la salud y del cuerpo se vean influidas y “tendencializadas” por parte de una creencia o de una filosofía particulares, y que resulte en choque con otras visiones del mundo y culturas que comparten el espacio y territorio políticos y de decisión.

6. *Bioética laica*

De ahí la importancia de encontrar una bioética de la no imposición al otro de una única manera de pensar, sino la posibilidad de expresiones distintas sin la discriminación de una a favor de otra (bioética laica). Lo anterior siempre dará como resultado el predominio e imposición de una forma de ver el mundo sobre otras. De ahí el llamado a la búsqueda de las humanidades, que se han ausentado en la bioética de hoy. De ahí la búsqueda de un diálogo entre saberes y postulados culturales que terminen por determinar el punto común de los involucrados.

De aquí se retoma la importancia de las posturas actuales sobre la heurística de los principios de la laicidad en el ámbito político y social, cuyo fin contiene el establecer un régimen de convivencia lo más pacífico posible en el marco de un reconocimiento de la diversidad, garantizando la autonomía de las decisiones civiles y políticas en el espacio público con respecto a las creencias y filosofías particulares, pero también en el ejercicio de consulta y diálogo entre colectivos. Por lo mismo, se busca la no discriminación directa o indirecta de cualquier ser humano, así como la no imposición de prácticas particulares que terminen por coartar la expresión de cada uno de los miembros de la sociedad, tanto de las mayorías como de las minorías. En este sentido, buscamos reflexionar alrededor de una bioética que retome sus posicionamientos radicales (de su etimología *ratio*, de raíz), los cuales apelaban a una bioética del mundo salvaje, de los seres humanos, de la flora y de la fauna, de la biodiversidad, así como de la vida y la salud.

El objetivo es reflexionar sobre la bioética en la actualidad, en el mundo, y en particular en nuestras regiones de pertenencia, bajo el marco de una visión incluyente, imparcial y vinculante, teniendo como marco de referencia la diversidad del mundo que existe, y su constante intercambio, hecho que siempre ha existido, y que ahora se reconoce su ineluctable imbricación en el mundo de todos los días. Se trata de visualizar sobre los desafíos de una bioética que se vea planteada ya no de una manera muy restrictiva, a partir de los puntos señalados arriba (individualizante, medicalizante, liberalista, cientista, funcionalista), y buscar converger con los componentes de las humanidades y la diversidad que se han alejado de ella, y que sirvan de base a toda organización bioética.

II. APUNTAMIENTOS SOBRE LAICIDAD Y BIOÉTICA: NUEVOS RETOS EN EL MARCO DE LA DIVERSIDAD

La aparición de la bioética⁶ como interdisciplina se remonta a principios de los años setenta, y desde entonces se han ido madurando y avanzando sus posturas de inicio, como son las de ser una disciplina trans, multi e inter, con caracteres humanos y del ser vivo. Empero, todavía nos encontramos con desafíos relacionados con la diferencia de posturas en el seno de la misma bioética, donde existen distintas éticas de vida en acción, y cada cual conformada bajo la influencia de una variedad de factores que pueden resultar en carac-

⁶ Potter, Van Rensselaer, "Bioethics, the Science of Survival", *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 14, núm. 1, otoño de 1970, pp. 127-153.

terísticas que van desde conservadoras hasta progresistas, sin olvidarnos de las posibles afiliaciones de sus protagonistas a ámbitos ideológicos, religiosos, políticos, entre tantas otras, que pueden ejercer o no algún tipo de influencia en el quehacer de cada profesionista, institución, comité o planteamiento epistémico del conocimiento que actúan en el campo de la disciplina. En este sentido, la discusión sobre la universalización de la bioética, o incluso de su mundialización, suele avanzar lentamente frente a los constantes y cada vez más complejos desafíos que se presentan en el mundo actual. Uno de ellos es lo que resulta de la diversidad cultural, religiosa, política, económica, sexual, entre tantos aspectos que componen la pluralidad de una sociedad.⁷

Lo anterior nos indica que la diversidad también desafía los planteamientos actuales de las bioéticas, incluso de aquellas que pregonan la secularización y la laicidad de sus posturas. El desafío es presentar respuestas o modos de acción que contemplen y consideren la variedad de situaciones que se pueden presentar sin que ninguna persona o grupo se sienta o se vea discriminado. Por ejemplo, ¿cómo dar cabida a un grupo guaraní que ve imperante hacer el rito humeante a lado de la intervención quirúrgica en el interior del mismo hospital?, o bien ¿cómo dar cabida a una pluralidad de espiritualidades en el seno de un hospital público, cuya misión es hacer sentir a todos incluidos y proveerles del espacio de rezo, oración, meditación en el marco oficial y estatal? La cuestión aquí planteada es saber de qué manera —en el rubro de la bioética— es posible encontrar soluciones viables y aplicables a los conflictos que involucran diferentes personas o grupos, pero sin desconsiderar los aspectos particulares o específicos de cada uno de ellos, y, por supuesto, sin atentar a los avances de las bioéticas laicas que se han ido consolidando.

En ello encontramos la sempiterna discusión sobre la posibilidad de una bioética global bajo un pluralismo moral, es decir, cuyas dudas acerca de la posibilidad de un código de ética universal, todavía existen y están en revisión. De hecho, al revés del campo de la bioética, al abrigar una moralidad común, se aceptaría que existen numerosas visiones morales, cada cual con sus valores.⁸

En efecto, el punto principal en esta discusión parece ser el centralismo en el individuo y en las relaciones contractuales bajo las cuales se configura

⁷ Por sociedad plural entendemos las sociedades que están conformadas por una variedad de grupos étnicos, culturales, religiosos, entre otros, conviviendo en el tiempo y en el espacio.

⁸ Po-wah, Lai y Tao, Julia, “Global Bioethics, Global Dialogue: Introduction”, en Tao, Julia y Po-wah, Lai (coords.), *Cross-Cultural Perspectives on the (Im)Possibility of Global Bioethics*, Londres, Kluwer Academic Publishers, 2002, pp. 1-18.

la *moralidad*, sobre todo impregnada de una visión occidentalizada de las teorías morales; empero, con pretensiones universales.

La crítica a esta visión paradigmática de la bioética moderna está centrada principalmente en el hecho de que se tomen principios o criterios sobre lo correcto e incorrecto de los casos, y que sirvan de guía para el juicio y la decisión morales.⁹ La moralidad, entendida como un conjunto de normas basadas en los intereses colectivos o en sistema de reciprocidad contractual, es particular a una sociedad, pero no necesariamente generalizable a la diversidad social y cultural que existe en el mundo plural en que vivimos. Diversos autores asiáticos critican esta visión hegemónica que se estableció en la bioética, tomando los valores estadounidenses y europeos como los valores centrales bajo los cuales la bioética se debe basar. Incluso, de acuerdo con algunos de ellos, la propia visión de derechos humanos no es consensual, sobre todo en una perspectiva del mundo asiático.¹⁰ Además, algunas visiones sobre aspectos particulares del proceso salud-enfermedad asiáticas pueden ser criticadas como inhumanas por parte de los protocolos humanistas occidentales. En este sentido, se trata de las diferencias existentes en el seno de lo que es humanismo en sociedades llamadas occidentales y orientales.¹¹

No podemos desvincular los posicionamientos de la bioética y su aportación en el mundo académico de sus orígenes bajo los aspectos geopolítico-económicos predominantes. La visión hegemónica de una bioética concentrada en los valores de los países centrales es evidente. Tomamos como ejemplo el libro editado por Robert M. Veatch, intitulado *Cross-Cultural Perspectives in Medical Ethics*.¹² La obra consta de seis capítulos; los cuatro iniciales se dedican respectivamente a la tradición hipocrática (capítulos 1 y 2), a los competidores occidentales dominantes (capítulo 3) y a la ética médica en la filosofía política liberal (capítulo 4). Hasta el capítulo cinco llegamos a las teorías de ética médica fuera de la cultura occidental, y el capítulo seis, con las perspectivas africanas y afroamericanas. De hecho, llama la atención que estos dos últimos capítulos, supuestamente dedicados a lo que sería la diversidad frente al centralismo en ética médica, siguen enfocados en que

⁹ *Ibidem*, pp. 41-58

¹⁰ Sakamoto, Hyakudai, "A New Possibility of Global Bioethics as An Intercultural Social Tuning Technology", en Tao, Julia y Po-wah, Lai (coords.), *Cross-Cultural Perspectives on the (Im) Possibility of Global Bioethics*, Londres, Kluwer Academic Publishers, 2002, pp. 359-367.

¹¹ Hoshino, Kazumasa, "Bioethics in the Light of Japanese Sentiments", en Hoshino, Kazumasa (coord.), *Japanese and Western Bioethics: Studies in Moral Diversity*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1997, pp. 13-23.

¹² Robert, M. (ed.), *Cross-Cultural Perspectives in Medical Ethics*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2000.

la ética central, que es la occidental, una vez que sus títulos se refieren a las teorías que están *fuera* de la cultura occidental, como en el capítulo cinco, y como el hecho de referenciar la cultura afroamericana en el capítulo seis, como algo “para no dejar” de mencionar. Siendo, además, que este último está centrado apenas en la cultura afroamericana estadounidense, cuando existe una significativa participación de la cultura africana en varios países de América Latina, sobre todo en Brasil, vertiente de una política esclavista de la época colonial. Además, los dos artículos que componen ese último capítulo enfocan la teoría principialista para dar cuenta de sus planteamientos. Las comparaciones sirven más para fortalecer la mirada ya predominante, que para cuestionar el solipsismo cultural de la bioética establecida. No se trata de desvalorizar el esfuerzo del editor y de los respectivos autores en traer a la discusión aspectos distintos de la ética médica centralizada en el Occidente, sino más bien de llamar la atención de cuanto se está todavía priorizando ese modelo hegemónico, aunque sea inconsciente o subjetivamente establecido.

De una manera general, los conflictos acordados bajo el marco de la bioética pueden tener un hilo conductor, de acuerdo con el abordaje teórico-metodológico elegido para cada caso, pero hay que considerar siempre el contexto en que se inserta cada caso y conocer las peculiaridades que lo configuran, considerando los aspectos individuales de los pacientes relacionados con su libertad de conciencia y su pertenencia sociocultural; pero también los vínculos colectivos con su entrono (dimensión cultural particular). El individuo (llamado paciente) trae siempre consigo una historia de vida, sus creencias y sus experiencias pasadas, que van a influir, y en algunas ocasiones hasta pueden determinar su comportamiento y su conducta con respecto a los síntomas y actuar frente a la enfermedad, y quizá determinar también sus decisiones. No es raro en algunas situaciones conflictivas en que se buscan soluciones desde la bioética, ver a los profesionales de la salud a cargo del caso que se apoyen sobre sus opiniones y/ o sugerencias apenas desde su propio punto de vista, y además interpretando la fundamentación teórica que sustentaría la posible decisión desde sus propias creencias y valores culturales. Como ejemplo podemos citar cuando un profesional invoca el principio de la beneficencia para imponer una determinada terapia o conducta clínica al paciente. Tomemos el caso de los seguidores de la confesión religiosa Ciencia Cristiana, que suelen no desear recibir medicamentos, entre otras particularidades, en términos de atención a la salud vinculadas a dicha religión. Imponer la ingestión de medicamentos a un paciente seguidor de la Ciencia Cristiana bajo el argumento de que el profesional está buscando el beneficio del paciente, y argumentando que el paciente no

está tomando la mejor decisión para sí mismo, sólo significa que se aplica una imposición de la visión del bien del profesional al paciente, basada de manera obsesiva en la salud física o corporal del paciente, sin considerar las creencias de ese mismo paciente; es decir, su salud espiritual. Hay que tomar en cuenta que la decisión de negación de tratamiento es muy compleja, y requiere una profunda y consciente reflexión previa de parte del paciente, además de ser una demostración real de ejercicio de su autonomía como persona, aunado a la consideración de su significado grupal de vida. Por lo tanto, cuando una persona decide rechazar un determinado tratamiento, un procedimiento diagnóstico y afines, basada en sus creencias espirituales, es muy probable que esta persona realmente sabe muy bien lo que desea y ha tomado su decisión de manera consciente y autónoma. Es decir, en ese contexto, el punto de vista de que los medicamentos resultarán en total beneficio al paciente es una visión exclusiva del profesional de la salud, mientras que para el paciente, la ingestión de medicamentos podrá resultar incómoda, aunque se argumente y sea valorada desde el punto de vista de su espiritualidad.

Lo interesante de ese planteamiento es justamente el hecho de que la consideración del beneficio desde la visión del profesional de salud en muchos casos es tomada como la verdadera, la correcta, la hegemónica,¹³ cuando de hecho el paciente es la persona capaz de decidir cuáles procedimientos podrán afrontar a sus creencias y cuáles no. Este modelo de tomar las decisiones en lugar del paciente, no considerando sus creencias, además de partir del principio de una sociedad homogeneizada bajo los retos de las hegemonías —creencia católica, etnia blanca, orientación heterosexual, entre otras— ilustra la posición preponderante de una visión paternalista de atención a la salud, donde el profesional es quien detiene el conocimiento verdadero, y por lo tanto, el que realmente sabe cuál es la mejor decisión a tomar para y por el paciente. En ese punto es donde reside la posibilidad de confusión de conceptos y papeles que pueden influenciar en diferentes grados en la relación profesional-paciente. Es indudable que el profesional de la salud es quien detiene el conocimiento técnico a cerca de los manejos y procedimientos en el área de la salud-enfermedad; pero la persona que detiene el conocimiento sobre su conciencia y sus creencias es, impondrablemente, la propia persona. Evidentemente que para este ejemplo esta-

¹³ Por hegemónicas aquí entendemos, de acuerdo con Antonio Gramsci, la dominación y mantenimiento de poder que ejerce una persona o un grupo para la persuasión de otro u otros sometidos, minoritarios o ambas cosas, imponiendo sus propios valores, creencias e ideologías que configuran y sostienen el sistema político y social, con el fin de conseguir y perpetuar un estado de homogeneidad en el pensamiento y en la acción.

mos pensando en un paciente capaz, que goza de capacidad de decisión. Otros factores podrán, de cierta manera, cambiar la situación; por ejemplo, cuando se trata de un paciente sin capacidad de tomar decisiones —como menores de edad o incapacitados físicamente—, aunque también aquí se debe considerar la subjetividad de lo que consideramos *capacidad*,¹⁴ evitando exagerar en la evaluación de dicha característica, que podría resultar en una justificación para ignorar las decisiones del propio paciente.¹⁵

La dificultad de considerar la diversidad étnica, cultural, religiosa, sexual, entre otras, es perceptible en los distintos ámbitos del área de la salud. En América Latina, cuya población está compuesta por diversas etnias, grupos y percepciones del mundo, resultado de la gran diversidad cultural, y de la variedad de creencias, hábitos y costumbres, son casi raras las instituciones que se dedican a incluir esos distintos aspectos, para que ejerzan influencia en la salud en su práctica asistencial, a pesar del grande esfuerzo de varios profesionales en alzar la voz sobre tal problemática y actuar concretamente en esos ámbitos.¹⁶ A su vez, la bioética no puede alejarse de tales retos; más bien, su tarea es acercarse cada vez más a las propuestas que incluyan a todos las personas y grupos involucrados.

Por otro lado, es cierto que existen problemáticas más seductoras en bioética,¹⁷ que llaman mucho la atención tal vez por el carácter innovador e inusitado, como los retos de la clonación, la reproducción médicamente asistida, la investigación y uso de células madres, entre otros; pero las cuestiones vinculadas a la pobreza, la mala distribución de los recursos en salud y su consecuente acceso, las enfermedades olvidadas; en fin, las cuestiones

¹⁴ La capacidad suele referirse a cuando el individuo está apto a realizar una tarea. Ese concepto tiene su origen en el campo de la psicología y el derecho, y representa el lado operativo o funcional de la autonomía de una persona. La autonomía suele referirse a un atributo del individuo como persona.

¹⁵ Raymundo Mocellin, Marcia y Goldim, R. J., “Moral-Psychological Development Related to the Capacity of Adolescents and Elderly to Consent”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 34, 2008, pp. 602-605.

¹⁶ Ruiz-Llanos, Adriana, “La ética, la interculturalidad y los derechos humanos para la protección de la salud”, en Citarella, Luca *et al.* (eds.), *Yachay Tinkuy – Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*, La Paz, Prohisaba, 2009, pp. 291-305; Ramírez, Hita S., “Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano”, *Avá. Revista de Antropología*, núm. 14, julio de 2009, pp. 1-28; Campos-Navarro, Roberto, “Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia”, en Fernández-Juárez, Gerardo (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito, Ediciones Abya-Yala, 2006, pp. 373-388.

¹⁷ Luna, Florencia y Sales, Arleen L. F., *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008.

discriminatorias, que culminan por privilegiar a unos grupos en detrimento de otros, deben ser abordadas en el rubro de la bioética con el mismo interés y dedicación destinados a las cuestiones clásicas o de innovación médica. No se puede olvidar que la salud y la pobreza están íntimamente relacionadas; la pobreza empeora las condiciones de salud, y ésta, cuando está en malas condiciones, mantiene la pobreza. El aumento en la inequidad en las cargas de la salud junto con muchas muertes prematuras se asocia con el crecimiento de las diferencias económicas entre los llamados países ricos y países pobres.¹⁸ Por lo tanto, hay que buscar herramientas que en conexión con la bioética den cuenta de auxiliar a los profesionales de salud a manejar los conflictos que involucren cuestiones de libertad de conciencia, creencias, opción sexual, entre otros, así como su vínculo con las condiciones materiales de existencia.

III. BIOÉTICA, SALUD PÚBLICA Y LAICIDAD

El avance de la bioética en los últimos años y su inserción cada vez mayor en distintas disciplinas, sin duda ha ocasionado la democratización de la discusión bioética, aunque todavía se presenta poco representativa en áreas de fundamental importancia, como la del medio ambiente y la ecología, por ejemplo. Asimismo, tantas veces citamos el alba de la bioética como el puente entre las ciencias y las humanidades, que ya terminamos por preponderar, actualmente, una visión hegemónica y medicalizada de la bioética, y muy restringida sólo al discurso biomédico. Lo anterior no significa que la bioética en esos rubros no sea importante o válida; más bien nos referimos al proceso de desatención que sufren otros rubros no menos seductores, y constantemente olvidados y hasta discriminados, justamente por tratarse de problemas relacionados con sociedades o comunidades consideradas menos importantes en la agenda actual.

Ciertamente, se percibe un gradual avance, y paulatinamente la bioética deja de estar circunscrita exclusivamente al ámbito biomédico, y pasa a inserirse en otros campos del saber, tales como derecho, sociología, antropología, entre otras, y luego extrapola el ámbito académico y pasa a ser asunto común en los medios de comunicación (periódicos, revistas, televisión, entre otros). Una simple investigación del vocablo “Bioética” en la base de datos *Google* da la *World Wide Web* (WWW) apunta 3.750,000 resultados en ese entonces, y probablemente será todavía más numeroso cada día que pasa.

¹⁸ Benatar, Solomon R., “El Estado, la sociedad, los derechos humanos y la salud”, *Revista Selecciones de Bioética*, vol. 9, marzo de 2006, pp. 14-23.

No obstante, hay que insistir en que las discusiones bioéticas siguen siendo debates más arraigados a temas atractivos y polémicos, como los ya mencionados anteriormente, y poco a los relacionados con emocionalidad o significados del ser vivo y su entorno. Estamos hablando de aquellos temas de crucial importancia y de poca visibilización (pero del que ya existen cada vez más movimientos que buscan visibilizarlos) vinculados íntimamente con la bioética, cuyos orígenes no solamente advienen del avance científico, sino que tienen sus orígenes en procesos geopolítico-económico-histórico-sociales, y que afectan a una razonable cantidad de personas, como los son los desplazamientos forzosos y el de los refugiados (de guerras políticas y religiosas), así como temas conflictivos asociados a los monopolios económicos, las imposiciones culturales, la contaminación y el uso indebido de recursos naturales, aquellos de la falta de respeto a los derechos humanos, de la mala distribución de recursos, de la carente distribución de la producción de alimentos, de las enfermedades olvidadas, entre tantas otras situaciones que involucran también la imposición valórica y decisional sobre los demás, y que lamentablemente de año con año se agravan y afectan a millones de personas más alrededor del mundo, sin que se perciban avances significativos en las políticas públicas para dar cuenta de estos retos.

Por todas estas razones, es posible cuestionar si realmente el puente entre ciencias y humanidades propuesto por Potter,¹⁹ de hecho ha sido consecuentemente establecido. Todo lleva a pensar que todavía hay espacios vacíos entre los dos polos del puente, que ameritan atención y acción, como reflexiona el pensador Sotolongo, al decir que la modernidad nos impuso algunas dicotomías cognoscitivas, que a su vez engendraron otras. Así, la exigencia de la exclusión de toda subjetividad del proceso de conocimiento, con el propósito de alcanzar la más *pura* objetividad del mismo (presupuesto central del ideal moderno de racionalidad) redundó en la dicotomización ineludible del sujeto que conoce y el objeto a conocer y, por ende, la dicotomización del observador y de lo observado. A su vez, las ciencias sociales y humanas no pudieron, ni pueden, cumplir dicha exigencia, lo que redundó en la dicotomía entre la objetividad del conocimiento científico y la subjetividad de los valores y de la moral; la que fue extendiéndose hasta engendrar a otras dicotomías, como las de ciencias *duras* matematizables y ciencias *blandas* reacias a matematizarse, con su corolario de la dicotomía de las dos culturas, la científica y la humanística, y que por carácter transitivo generó

¹⁹ Potter, Van Rensselaer, *op. cit.*, nota 1.

la dicotomía entre el saber científico y el resto de los saberes, entre ellos el saber curativo cotidiano.²⁰

Sin duda, para que se pueda acudir a tales retos necesitamos considerar las tensiones que se originan de los conflictos que resultan de la conjunción del individual versus lo social. Probablemente uno de los grandes desafíos de la bioética actualmente sea precisamente establecer puentes de conexión entre ciencias y humanidades considerando el individual (también lo particular) y lo social bajo el diálogo y las interrelaciones humanas, configurando la bioética como una interdisciplina, no sólo en el plan de la retórica, sino concretamente en su quehacer cotidiano. Para cualquier tema que se desea abordar bajo el marco de la bioética no es posible ignorar que existe un contexto donde se inserta el problema, sea en el plan individual, sea en el colectivo. El contexto se conforma desde un abanico de aspectos que influenciarán cualquier situación, y es precisamente de la interacción entre ese mosaico de aspectos de donde se establecerá tanto el problema o conflicto como la misma solución para ellos. Dicho de otra manera, aunque parezca paradójico, el contexto es el plan de fondo de donde se configurarán tanto los conflictos como las soluciones. Lo que difiere entre el conflicto y la solución es precisamente la manera en cómo se da la interacción entre los diversos actores involucrados y las herramientas que se utilizan para establecer o para solucionar el conflicto. A su vez, la bioética como interdisciplina tiene la tarea de promover la intermediación, es decir, de conjugar los puntos comunes entre los diferentes involucrados, por lo que no puede tener una visión restrictiva sobre el conflicto o decisiva desde arriba; tampoco asociarse dogmáticamente, pues cuando ésta (la bioética) funciona bajo una sola visión y no considera la pluralidad de miradas, ya no está de acuerdo con su propia propuesta. Lo anterior no significa que la bioética deba ser neutral, pues la bioética se basa en valores que defiende, como la pluralidad y el diálogo, pero debe ser imparcial en la búsqueda de soluciones para los conflictos recurrentes que se dan de la misma la interacción. No hay conflicto que involucre a una sola persona; lo individual en bioética siempre está adjudicado también a un plan social, aunque de manera subjetiva. Y aunque el conflicto ocurra con una sola persona y su médico particular (en un plan totalmente privado de atención en salud), la interacción entre los dos ya resultó en una interacción social, y es precisamente por eso que se implica la ética. Ésta existe, puesto que existen interrelaciones entre las personas, y cuando las acciones de alguien presentan alguna posibilidad de

²⁰ Sotolongo, Pedro Luis, “El tema de la complejidad en el contexto de la bioética”, *Revista Selecciones de Bioética*, vol. 9, marzo, 2006, pp. 31-40.

consecuencia sobre los demás, éstas son factibles de tener una calificación moral.²¹ Además, recordemos que los conceptos sobre los cuales se basan las normas son históricos, por lo tanto revisables; es decir, el mundo de la moralidad es provisorio, ya que varía en el tiempo y en el espacio.

Los planteamientos anteriores nos llevan a pensar en la bioética y su asociación con la llamada salud pública o salud colectiva, o todavía con la justicia sanitaria,²² puesto que la bioética no puede enajenarse de lo que son los problemas relacionados con las políticas y prácticas de salud que afectan a todos los miembros en sociedad. En un artículo intitulado “Bioética y salud pública: al cruce de dos caminos”,²³ Darras postula sobre un punto de encuentro entre la bioética y la salud pública, bajo la identificación de la tensión entre lo individual y lo social; para el autor, la búsqueda de nuevos valores, como la responsabilidad, la solidaridad, la pertinencia y el enfoque intercultural, pueden ayudar en el abordaje de esta aparente oposición una vez que la bioética trae consigo un contenido y un modelo prescrito, además de su valioso método de debate abierto y contradictorio, mientras la salud pública presenta su tradición de organización basada en conceptos sociales establecidos. Sin embargo, es tarea imperativa a la bioética ocuparse de las cuestiones socioculturales que se presentan concomitantemente a los aspectos técnico-científicos de conflictos a los cuales se ocupa, de manera a poder ejercer también su papel social. No olvidemos que la salud pública, entre otras cosas, abarca el estudio del proceso salud-enfermedad de la colectividad observado en sus dimensiones biológica, psíquica, y también sociocultural.²⁴ En ese reto, la bioética puede contar con algunas herramientas y propuestas que permiten un abordaje capaz de incluir y respetar la diversidad, y una de ellas sería precisamente la laicidad.

Heurística de la laicidad

La laicidad es una propuesta o una herramienta política que busca el respeto y la equidad de tratamiento para todas las personas, sea cual sea

²¹ Sánchez-Vásquez, Adolfo, *Ética*, Río de Janeiro, Civilização Brasileira, 2005.

²² Currea-Lugo, Víctor de, “Exclusión en salud en América Latina: tres retos para la justicia sanitaria”, *Revista Redbioética/UNESCO*, año 1, vol. 1, núm. 2, diciembre 2010, pp. 11-20.

²³ Darras, Christian, “Bioética y salud pública: al cruce de dos caminos”, *Acta Bioethica*, año X, vol. 10, núm. 2, 2004, pp. 227-233.

²⁴ Fortes, Paulo Antônio de Carvalho, Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone, “Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo”, en Fortes, Paulo Antônio de Carvalho, Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone (organizadores), *Bioética e saúde pública*, San Paulo, Loyola, Centro Universitário São Camilo, 2004, pp. 11-24.

su creencia, religión, opción sexual, posición ideológica, creencias, libertad de conciencia, entre otros tantos aspectos. Una de las principales características de ésta es la no imposición a nadie de ningún tipo de creencias, basándose en la valoración de sus principios de no discriminación, libertad de conciencia, autonomía política frente a lo religioso. No es un neologismo nuevo, aunque desde hace algunos años se retoma la noción de laicidad con el objetivo de asegurar mayor equidad social en términos de libertades de las personas y los grupos. Bajo el marco de la laicidad se pueden justificar las elecciones personales de cada quien en la conducción de su vida, sea desde el punto de vista de religión, creencias, derechos sexuales y reproductivos, posición ideológica, entre otras, siempre y cuando esta elección no se imponga ante las demás. Por lo tanto, se busca que las personas no sean discriminadas por sus creencias de cualquier orden, que todos y todas puedan ejercer su libertad de conciencia y que el Estado actúe y decida independientemente de cualquier influencia religiosa. Para Blancarte, la laicidad es un proceso, más que una forma fija o acabada, y puede ser definida como un proceso de transición de formas de legitimidad sagradas a formas democráticas, o basadas en la voluntad popular. Lo anterior permite comprender que la laicidad no es estrictamente lo mismo que separación Estado-Iglesias. De hecho, existen muchos Estados que no son de manera formal laicos, pero que establecen políticas públicas ajenas a la normativa doctrinal de las Iglesias y sustentan su legitimidad más en la soberanía popular que en cualquier forma de consagración eclesiástica, como Dinamarca y Noruega, por ejemplo.²⁵ La Declaración Universal de la Laicidad en el Siglo XXI²⁶ define a la laicidad como la armonización —en diversas coyunturas socio-históricas y geopolíticas— del respeto a la libertad de conciencia y de su práctica individual y colectiva; la autonomía de lo político y de la sociedad civil frente a las normas religiosas y filosóficas particulares, y la no discriminación directa o indirecta hacia seres humanos. Ahora bien, con respecto al tema de la libertad de creencias religiosas en el ámbito de lo público y lo privado, Vázquez aclara que si bien el ámbito primordial de las creencias religiosas es el privado, la libertad religiosa comprende también el derecho a expresar e intentar expandir las propias creencias en el ámbito público, siendo que el perímetro correcto del ejercicio de esos derechos debe situarse

²⁵ Blancarte, Roberto, “El porqué de un Estado laico”, en Blancarte, Roberto (coord.), *Los retos de la laicidad y la secularización en el mundo contemporáneo*, México, El Colegio de México, 2008, pp. 29-46.

²⁶ Declaración Universal de la Laicidad en el Siglo XXI, en Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponible en: <http://www.convencion.org.uy/09Laicismo/DeclaUniv.pdf>.

estrictamente dentro de la sociedad civil y no traspasar a la utilización del Estado. A su vez, el Estado debe mantener una posición de imparcialidad frente a todos los cultos, sin privilegiar alguna confesión religiosa por encima de las demás.²⁷

Los planteamientos anteriores nos llevan a considerar la necesidad de que se construyan sociedades de convivencia pacífica, cuyo sentimiento de pertenencia sea una realidad y no una utopía inalcanzable, donde sin duda alguna el Estado juegue un papel fundamental, garantizando el respeto de la diversidad cultural. Asimismo, ese tema nos remite a las razones postuladas por Milot cuando afirma que la libertad de conciencia y de religión es considerada ya adquirida dentro de un Estado de derecho; sin embargo, esta libertad es una de las libertades fundamentales que suscitan varios cuestionamientos relativos a sus amenazas, a su reglamentación y a sus límites. Cuestionarse sobre la laicidad nos lleva a abordar uno de los grandes retos con los cuales se enfrentan todas las sociedades plurales, bajo un punto de vista político, jurídico y social; es decir, concebir una manera de vivir juntos pacíficamente, en un momento histórico en que la diversidad de concepciones sobre la vida (morales, religiosos y filosóficos) nunca había sido tan acentuada.²⁸

Por todas estas razones, no es admisible que se establezcan asociaciones político-religiosas particulares en el ámbito público, de manera discriminatoria en relación con la diversidad ya anteriormente mencionada, o como bien apunta Baubérot, la construcción de sociedades laicas depende de que la acción de lo político se autonomice de la religión en un contexto de pluralismo de creencias.²⁹ Sin embargo, la laicidad es de fundamental importancia no sólo para arreglar conflictos en el ámbito religioso, sino también los conflictos relativos a un abanico de situaciones relacionadas con distintas formas de libertad de conciencia, y que asimismo tienen relaciones con la ética (o éticas) de vida, es decir, la bioética. De manera categórica los principios de la laicidad son remitidos, cualquiera que sea su tendencia y definición, principalmente a las dimensiones: a) estatal, institucional y de sus funcionarios, b) a la de las religiones institucionales (Iglesias, sectas y grupos espirituales), c) a la de la autonomía de la política. Por tanto, es un término remitido eminentemente a lo institucional, que termina por trascender en

²⁷ Vázquez, Rodolfo, conferencia proferida en el coloquio Las leyes de Reforma y el Estado laico: importancia histórica y validez contemporánea, El Colegio de México, 8 de octubre de 2011.

²⁸ Milot, Micheline, *La laïcité*, Ottawa, Novalis, 2008, p. 6.

²⁹ Baubérot, Jean, *Les laïcités dans le monde*, París, Presses Universitaires de France, 2009, p. 19.

lo instituyente, en la dimensión ciudadana. La laicidad es una especie de herramienta (tipo navaja suiza), que funge como “contralora” de las acciones políticas y de políticas públicas del Estado, sus instituciones, sus funcionarios con respecto a las religiones establecidas. Por ello, con toda lógica, algunos autores definen a la laicidad “como un régimen de convivencia pacífica”, basado en que las instituciones y sus miembros (funcionarios) no actúen en beneficio de una religión en específico, y más bien se basen en los valores del Estado democrático, que son la pluralidad, el diálogo y la tolerancia.

IV. BIOÉTICA, DIVERSIDAD Y LAICIDAD

Las consideraciones anteriores sobre la laicidad como herramienta capaz de promover y posibilitar la convivencia pacífica entre personas y grupos en una sociedad dada, que comparten diferentes valores, creencias, y diversas formas de libertad de conciencia, se pueden aplicar a un sinnúmero de conflictos culturales; por ejemplo, en el campo de la salud, particularmente en el marco de la bioética, en ámbitos públicos y privados, particulares y colectivos. Es decir, la laicidad nos sirve como herramienta para “controlar” si las decisiones y acciones de los funcionarios estatales son imparciales y autónomas, sin beneficio a alguna religión establecida en particular.

Si tomamos, por ejemplo, el caso muy concurrido de las capillas católicas en los hospitales públicos, destinadas a que los feligreses tengan un lugar de oración y espiritualidad en el seno mismo del hospital, aquí, sin duda, se está obediendo el principio de la laicidad, de la libertad de conciencia, al menos para el caso de los creyentes católicos. No obstante, en esta misma libertad se rompe el segundo principio de la laicidad, que es el de la no discriminación directa o indirecta a los grupos y personas, en donde los afectados serían los feligreses de otras espiritualidades (nativas, islam, budismo, evangélicos, anglicanos, protestantes, judaísmo, etcétera), que por lo contrario ven allanados sus derechos a la libertad de conciencia, en este caso, el de tener un lugar para orar en un hospital público. La respuesta a esta situación, nos parece que no sería la eliminación por completo del lugar de culto; tampoco sería la búsqueda de abarcar todo el pluralismo religioso, al pretender instalar un lugar para cada uno de los cultos integrantes de la sociedad, pues además de oneroso y complicado, siempre habrá, de todas maneras, minorías discriminadas, debido a la compleja y amplia diversidad religiosa existente en una sociedad.

Algunos argumentos reaccionarios establecen que en una sociedad democrática, la mayoría es la que “manda”, y siendo, por ejemplo América

Latina “mayoritariamente” católica, se tendría que respetar esa mayoría y mantener una capilla católica en cada hospital, independientemente de que se busque instalar otros lugares para las demás creencias. Éste es el argumento que muchos grupos fundamentalistas católicos han manifestado para mantener las capillas en los hospitales públicos en detrimento del resto de las religiones (*cf.* caso del Hospital de Clínica de la Universidad de Rio Grande del Sur en Porto Alegre, Brasil). No hay que extenderse mucho para entender que el “totalitarismo de las mayoras”, así como la “dictadura de las minorías”, no tiene cabida en un Estado democrático y plural, debido a que su legitimidad reside en su capacidad de inclusión de la pluralidad y diversidad de todos sus miembros. Al respecto, una laicidad republicana decimonónica optaría por la eliminación de las capillas en los hospitales públicos “para evitarse cualquier controversia”, y evidentemente se antoja como una solución práctica económica y pragmática; no obstante, termina por negar la diversidad existente en la sociedad, a favor de un integrismo laico de Estado, que termina por pretender la verdad absoluta y universal, y que a la postre terminará por generar conflictos de envergadura entre los ciudadanos, pues los grupos diferenciados seguirían sin convivir y conocer sus diferencias y puntos en común en un marco de diálogo y comunicación. ¿Cómo, entonces, resolver dicha encrucijada, donde se vincule la pluralidad religiosa, sin favorecer a una en específico y discriminar a otras (por muy minorías que éstas sean), así como sin dejar de respetar el tercer principio básico de la laicidad, que es el de la imparcialidad del Estado, que reside en la autonomía de lo político frente a lo religioso? Aquí es donde apelamos a lo que llamamos ética y/ o puntos en común societales, cuya heurística de la laicidad puede aportar a la resolución de los conflictos de esta índole. El punto en común en este caso es el de la necesidad de todas las religiones, creencias, espiritualidades, de tener un lugar para la comunicación trascendental a través del rezo, oración, meditación, etcétera. Aquí, todas las conciencias espirituales estarían de acuerdo, a pesar de sus enormes diferencias, en la necesidad de orar y/ o “espiritualizar” para resarcir los preceptos de comunidad. Por tanto, basándose en este punto en común de “espiritualizar” lo que nos une como comunidad, y conglobera las diferencias religiosas (ética), lo más viable, para el caso que nos compete de las capillas, sería la instalación en hospitales públicos, de centros espirituales donde haya elementos básicos comunes para el acto ritual de cada creyente, sin importar su adhesión religiosa. De este modo, bajo un consenso previamente establecido con los diferentes “representantes espirituales”, se podría acordar la atmósfera, el ambiente, la infraestructura adecuados para que

muchos mundos religiosos quepan en uno solo espiritual. Aquí, la bioética laica intercultural tiene argumento de ser.

Está claro que no se trata simple y sencillamente de tolerancia, como tan comúnmente se establece en el discurso político, sino de inclusión y comunicación. Aquí reside el agregado de lo intercultural. Vale aclarar, aquí, la noción de tolerancia, sin que ello merite su apología. El postulado es que la tolerancia sólo tiene vigencia y cabida permanente, viniendo del Estado y sus instituciones, pues es responsabilidad de éstos incluir todas las visiones existentes y apelar a su tolerancia para ello; es decir, no hay argumento alguno para que las instituciones y funcionarios del Estado no consideren todas la visiones posibles y existentes, siempre y cuando se basen en el principio de que todas estas visiones no se impongan a otras. De ahí radica la capacidad del Estado de llegar a “acomodos razonables” que no beneficien, en el espacio público, a alguna cultura en particular, pero que tampoco obstaculice la libertad de conciencia de cada grupo o persona. El modo de vehicular esta tolerancia de Estado, en el seno de la sociedad, es a través de la participación y comunicación entre las partes, pues la tolerancia al nivel de los ciudadanos es menos posible de mantener a largo plazo si no hay intercambio entre las diversas culturas concernidas. Tarde o temprano la tolerancia desde el nivel instituyente (de grupos o ciudadanos) se desgasta, debido a que la tolerancia se sostiene a sí misma, sobre el registro de la condescendencia hacia al otro, y no bajo el precepto del acercamiento y participación de todos los involucrados. Por ello, la tolerancia, en principio, parte desde arriba; es decir, desde el Estado, y aterriza en la dimensión ciudadana, a través de la comunicación y participación entre los diferentes en sociedad. De este modo, se plantea que la laicidad va más allá de la tolerancia institucional, sobre todo cuando remite al nivel de los ciudadanos y a lo instituyente, al buscar el re-conocimiento, por ejemplo, de todas las formas de libertad de conciencia, y buscar la convivencia pacífica en sociedad entre ellos. Esta convivencia no puede sólo venir desde arriba en la dimensión del Estado, con sus leyes y normas, sino que tiene que estar acompañada del intercambio de los diferenciales culturales desde abajo; desde “¡los ciudadanos de a pie!”. Es lo que algunos llaman “la laicidad intercultural”.³⁰

El caso de la capilla no es más que uno de tantos que se presentan en cuestiones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, con las preferencias personales de los pacientes desde el ámbito religioso hasta el terapéutico, así como cuestiones institucionales que pueden ser examinadas a la luz de la laicidad (como herramienta heurística de convivencia), resul-

³⁰ *Idem.*

tando en procesos incluyentes y de conocimiento de la diversidad. Temas como aborto, enfermedades terminales y muerte, tecnologías reproductivas, píldora del día después, cirugías en personas transexuales, rechazos de transfusión de sangre, son apenas algunos ejemplos de situaciones que involucran voluntades personales y/o creencias (libertades de conciencia), cuyos pacientes pueden verse reconocidos por parte de las instituciones estatales, guiados en el marco de la laicidad, con el fin de evitar, en este sentido, la imposición de visiones parciales sobre las demás. Es por ello que se postula que los desafíos de la bioética están estrechamente relacionados con la consideración de la pluralidad de morales que representan la diversidad cultural, y que es a través de la ética o puntos en común como se puede ir avanzando en estas problemáticas. Para Blancarte, la existencia de una sociedad con un Estado laico también obliga a que, en la medida en que se busca que no haya discriminación y que haya igualdad, haya un reconocimiento de la diversidad. A su vez, dicho reconocimiento conduce a la necesidad de una discusión ética sobre los derechos de todos y de todas.³¹

Para tanto, es necesario empezar por comprender que existen distintas cosmovisiones entre las diferentes culturas que componen el mundo en que vivimos; y lejos de aislar las distintas culturas y visiones que componen la sociedad —o considerar apenas la yuxtaposición de las culturas como presupon el modelo multiculturalista— la manera de superar la discriminación es precisamente promover el diálogo y el intercambio entre ellas.

Para Touraine, el reconocimiento del otro no es suficiente para garantizar la comunicación y el debate, y, por lo tanto, se tiene que ir lejos a través del acuerdo o compromiso con el otro; de otro modo, se corre el riesgo de vivir en nuestra misma sociedad como espectadores tolerantes y curiosos, con frecuencia simpáticos, frente a una gran diversidad de culturas y de formas de organización, pero sin comunicarnos con ellas.³²

El planteamiento de Touraine nos permite recordar que la diversidad social y cultural es un hecho alrededor de todo el mundo; es decir, las sociedades están compuestas por una variedad de culturas que exigen políticas públicas que abarquen tal diversidad. Con frecuencia percibimos los pueblos mal llamados indígenas³³ como el exótico, el diferente, sin darnos

³¹ Blancarte, Roberto, “Laicidad y bioética”, en Soberón, G. y Feinholz, D. (comps.), *Aspectos sociales de la bioética*, México, Comisión Nacional de Bioética, 2009, pp. 53-70.

³² Touraine, Alain, *Igualdad y diversidad*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002, pp. 54 y 55.

³³ De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), las poblaciones indígenas o aborígenes son aquellas que estaban viviendo en sus tierras antes de que llegaran los colonizadores de otros lugares, los cuales, al convertirse en el grupo dominante —mediante

cuenta de que pueblos indígenas, nativos, originarios o autóctonos —como gusten llamárseles— pueden ser encontrados en todos los continentes y lugares, barrios y localidades, sin que se tengan que llamar así, incluso en aquellos sitios unimaginables para muchas personas; véase el pueblo *sami* de la región escandinava, los *ainu* de Japón, los *jumma* de Bangladesh, los *beduinos* palestinos en Israel, apenas para citar algunos ejemplos, además de los más conocidos pueblos originarios de África, Australia y Nueva Zelanda, Asia, y Américas, por supuesto.³⁴ Sin embargo, la existencia de dichos pueblos —aunque en la mayoría de las veces perseguidos, discriminados o hasta invisibilizados—, además de ser respetada debe también ser considerada en todo su potencial desde los diferentes rubros que configuran las relaciones sociales, incluyendo las cuestiones de salud de dichas culturas, y no sólo para ellas mismas, sino como aporte a la sociedad en su conjunto.

Para poder aplicar en la práctica una bioética laica intercultural que contemple, vincule e incluya la diversidad en su más amplio sentido, es fundamental tener en cuenta que algunos fundamentos considerados absolutos y universales, incluyendo los del Estado y sus instituciones, tal vez no lo sean. Tomemos como ejemplo la propia filosofía o medicina, cuya veta griega occidental es para muchos la única existente o posible. Empero, si entendemos por filosofía el hecho de cuestionarse de manera profunda sobre las problemáticas acerca de la existencia de los seres humanos, y si consideramos su significado como “amor a la sabiduría”, podemos encontrar también un similar en la lengua náhuatl,³⁵ el *tlamaltiliztli*, cuyo significado es exactamente sabiduría y amor, que por analogía se puede considerar equivalente al concepto de filosofía. En otras palabras, la filosofía, también, hay que considerarla de manera contextual, desde su valor circunstancial, en vez de afirmar su valor universal frente a lo demás.³⁶ En este sentido, León-Portilla, al dedicarse a estudiar el pensamiento prehispánico, afirma la posibilidad de hablar de una filosofía náhuatl. El autor propone que con la metáfora *flor y canto*, los *lamatinime*³⁷ formularon una auténtica teoría acerca

la conquista, la ocupación, la colonización o por otros medios— segregan o discriminan a los pobladores originarios.

³⁴ Wessendorf, Kathrin (comp.), *El mundo indígena*, Copenhague, IWGIA, 2009.

³⁵ Náhuatl: lengua hablada por los nahuas en el imperio mexica, por lo menos desde el siglo VII. Actualmente es la lengua nativa más hablada en México (aproximadamente dos millones de personas, en cerca de quince estados de la República).

³⁶ Zea, Leopoldo, *Introducción a la filosofía*, México, UNAM, 1991.

³⁷ Los *tlamatinime* eran sabios o filósofos responsables por transmitir los conocimientos de la cultura náhuatl durante el imperio mexica. Ellos se preguntaban acerca de la “verdad de los hombres” y de la posibilidad de decir “palabras verdaderas” en la tierra. La respuesta se

del conocer la metafísica, ya que buscaban un modo peculiar de conocer lo verdadero, fruto de una genuina experiencia interior o resultado de una intuición que conmueve el interior del ser humano, y lo lleva a sacar de sí lo que de forma misteriosa y súbita ha percibido.³⁸

En ese sentido, hay que considerar que cada cultura tiene su propia racionalidad y su propia subjetividad, y que la visión hegemónica de una cultura racional y científica, muchas veces considerada como la única aceptable en el mundo occidental, no puede ser impuesta a todas las demás y todas las personas. En el ámbito de la bioética, conforme ya fue comentado anteriormente, frecuentemente nos alimentamos de esa visión hegemónica, lo que trae consecuencias muchas veces desfavorables para el quehacer de la misma disciplina. Hay que considerar la diversidad de cosmovisiones, sin estigmas o prejuicios. Para Darras, no habría algunas culturas científicas y otras mágicas, sino que todas son a la vez científicas y mágicas.³⁹ Por lo tanto, no es en balde que enfatemos la necesidad de consideración de las distintas cosmovisiones, particularmente tratándose de la bioética, y más específicamente con respecto a las cuestiones de salud, pues sin duda las creencias y puntos filosóficos de cada quien siempre ejercerá, por mínima que sea, alguna influencia en el proceso salud-enfermedad-atención.

Históricamente, en el campo de la salud es perceptible la tendencia a una negación de las características particulares de los pacientes; es decir, la pertenencia étnica, religiosa, de creencias, familiares, entre tantas otras. Con frecuencia el paciente, cuando es recibido en una institución de salud, suele ser atendido como “el paciente de tal enfermedad”, con el enfoque no de su persona emocional, sino con el enfoque de su enfermedad o padecimiento. Lo anterior acaba por homogeneizar en alguna medida a todos los pacientes que pasan a ser tratados de una misma manera, y cuya expectativa por parte de los profesionales de salud es que respondan y actúen también de manera uniforme. Esta falta de consideración por las características personales que conforman a cada ser humano, o, dicho en otras palabras, el hecho de no considerarse que las personas son distintas y se construyen a partir de sus propias particularidades, lleva en algunas circunstancias a conflictos, sobre todo de tipo relación profesional-paciente, y despiertan en el paciente sentimientos de rechazo y discriminación. Sin embargo, cuando los pacientes se sienten respetados y considerados en sus aspectos particula-

puede encontrar en varios poemas, de manera particular en el diálogo de *La flor y el canto* (*In xóchtli in cuicatli*).

³⁸ León-Portilla, Miguel, *La filosofía náhuatl estudiada en sus fuentes*, México, UNAM, 1983.

³⁹ Darras, Christian, *op. cit.*, nota 23.

res, tales como sentimientos de pertenencia étnicos, religiosos, de creencias, y opciones sexuales, entre otros, el sentimiento que aflora es el de inclusión y pertenencia, y algunos de esos aspectos que componen ese bagaje del paciente son de suma importancia, sobre todo para la relación profesional-paciente.

V. A MODO DE CONCLUSIÓN

Lamentablemente, la mayoría de las escuelas de formación de profesionales de la salud todavía no abarcan los contenidos necesarios para preparar a sus alumnos para la comprensión y manejo de la diversidad, ni en sus aspectos teóricos ni en los prácticos. Con algunas excepciones, la mayoría de las escuelas preparan a los profesionales para atender a las demandas hegemónicas, y además para atender a la enfermedad, no al enfermo, desconsiderando que desde el punto de vista biomédico la enfermedad puede ser la misma, pero la comprensión e incluso la manifestación de una enfermedad varía de acuerdo con aspectos subjetivos, tales como los culturales, para sólo citar uno de ellos. O sea, aunque la enfermedad clínicamente sea la misma, la manera de enfermarse puede cambiar de enfermo a enfermo. La consecuencia directa de una visión tan restricta con respecto a la enfermedad, centrada apenas en ella misma, y sin considerar el proceso de enfermarse, frecuentemente acaba por perjudicar la relación profesional-paciente, aunque de manera involuntaria. Tales retos nos llevan a cuestionar el modelo de atención a la salud centrado primordialmente en la clínica, olvidándose de todos los demás aspectos que colaboran para la manifestación de una determinada enfermedad. Como llaman la atención Rivero Weber y Pérez Tamayo, con la ayuda de la ética se deberá seguir pensando y proponiendo soluciones al mundo en que vivimos, en la misma medida en que la ética médica tendrá que continuar cuestionando la relación entre el paciente y los agentes que influyen en su salud física y mental. Por su parte, los problemas propios de la bioética se harán escuchar cada vez con mayor fuerza e insistencia, pues su vigencia y la urgencia de sus posibles soluciones cada día son más apremiantes.⁴⁰

Por todo lo anterior, concluimos que a la bioética le incumbe también llamar la atención a la inminente necesidad de considerar la diversidad en los distintos aspectos que conforman las relaciones sociales, pero sobre todo insertar la diversidad en las discusiones bioéticas, en todos sus ámbitos, des-

⁴⁰ Rivero Weber, P. y Pérez-Tamayo, R., “Ética y bioética”, en Pérez Tamayo, Ruy *et al.* (coords), *La construcción de la bioética*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008, pp. 13-24.

de los aspectos más particulares e individuales de los pacientes hasta los aspectos más amplios, como aquellos relacionados con la ética del medio ambiente. Con ello se busca que la bioética no se restrinja a una mera aplicación de principios o reglas o a manifiestos de bioética laica, restrictas a una u otra cultura en particular, sino más bien que abarque la pluralidad que conforma la riqueza del mundo en que vivimos, buscando una verdadera convivencia pacífica, y quizá, una sociedad más justa y equitativa.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Artículos

- BENATAR, Solomon R., “El Estado, la sociedad, los derechos humanos y la salud”, *Selecciones de Bioética*, vol. 9, marzo de 2006.
- CURREA-LUGO, Víctor de, “Exclusión en salud en América Latina: tres retos para la justicia sanitaria”, *Redbioética/UNESCO*, año 1, vol. 1, núm. 2, diciembre de 2010.
- DARRAS, Christian, “Bioética y salud pública: al cruce de dos caminos”, *Acta Bioethica*, año X, vol. 10, núm. 2, 2004.
- FRITZ, Jahr, *Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*, Handweiser für Naturfreunde, Kosmos, 1927.
- POTTER, Van Rensselaer, “Bioethics, the Science of Survival”, *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 14, number 1, Autumn 1970.
- SOTOLONGO, Pedro Luis, “El tema de la complejidad en el contexto de la bioética”, *Selecciones de Bioética*, vol. 9, marzo de 2006.
- RAMÍREZ, Hita S., “Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano”, *Avá. Revista de Antropología*, núm. 14, julio de 2009.
- RAYMUNDO, Marcia Mocellin y J. GOLDIM, R., “Moral-Psychological Development Related to the Capacity of Adolescents and Elderly to Consent”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 34, 2008.

Conferencias

- VÁZQUEZ, Rodolfo, Conferencia proferida en el coloquio Las leyes de Reforma y el Estado laico: importancia histórica y validez contemporánea, México, El Colegio de México, 8 de octubre de 2011.

Declaración

Declaración Universal de la Laicidad en el Siglo XXI, en Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponible en: <http://www.convencion.org.uy/09Laicismo/DeclaUniv.pdf>.

Libros

BAUBÉROT, Jean, *Les laïcités dans le monde*, París, Presses Universitaires de France, 2009.

BLANCARTE, Roberto, “El porqué de un Estado laico”, en BLANCARTE, Roberto (coord.), *Los retos de la laicidad y la secularización en el mundo contemporáneo*, México, El Colegio de México, 2008.

CITARELLA, Luca *et al.* (eds.), *Yachay Tinkuy – Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*, La Paz, Prohisaba, 2009.

FERNÁNDEZ-JUÁREZ, Gerardo (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito, Ediciones Abya-Yala, 2006.

CARVALHO FORTES, Paulo Antônio de y CAMPOS PAVONE ZOBOLI, Elma Lourdes (organizadores), *Bioética e saúde pública*, San Paulo, Loyola, Centro Universitário São Camilo, 2004.

GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ, Daniel y FELITTI, Karina (coords.), *Diversidad, sexualidades y creencias. Derechos y cuerpo en el mundo contemporáneo*, México-Argentina, El Colegio Mexiquense-Prometeo Editorial, 2015.

GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ, Daniel, *Laicidad y multiculturalismo*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2013, Colección de Cuadernos Jorge Carpizo, para entender y pensar la Laicidad, núm. 19.

HOSHINO, Kazumasa (coord.), *Japanese and Western Bioethics: Studies in Moral Diversity*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1997.

LÉON-PORTILLA, Miguel, *La filosofía náhuatl estudiada en sus fuentes*, México, UNAM, 1983.

LUNA, Florencia y SALES, Arleen L. F., *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008.

MILOT, Micheline, *La laïcité*, Ottawa, Novalis, 2008.

PÉREZ TAMAYO, Ruy y LISKER, Rubén *et al.* (coords.), *La construcción de la bioética*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008.

- POTTER, Van Rensselaer, *Bioethics: Bridge to the Future*, New Jersey, Prentice Hall, 1971.
- TAO, Julia y PO-WAH, Lai (coords.), *Cross-Cultural Perspectives on the (Im) Possibility of Global Bioethics*, Londres, Kluwer Academic Publishers, 2002.
- SÁNCHEZ-VÁZQUEZ, Adolfo, *Ética*, Río de Janeiro, Civilização Brasileira, 2005.
- SOBERÓN, Guillermo y FEINHOLZ, Dafna (comps.), *Aspectos sociales de la bioética*, México, Comisión Nacional de Bioética, 2009.
- TOURAINE, Alain, *Igualdad y diversidad*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002.
- VEATH, Robert. M. (ed.), *Cross-Cultural Perspectives in Medical Ethics*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2000.
- WESSENDORF, Kathrin (comp.), *El mundo indígena*, Copenhague, IWGIA, 2009.
- ZEA, Leopoldo, *Introducción a la filosofía*, México, UNAM, 1991.